

Programa de Apoyo en Casa y para la Familia  
**Plan de servicios**

**Fecha de contacto:**

Certificación/Recertificación	Revisión a los 6 meses	Cambio en el plan de servicios
-------------------------------	------------------------	--------------------------------

**I. Información del cliente**

Nombre del cliente (apellido, primero, inicial)	Fecha de nacimiento
Tipo de plan de servicios <input type="checkbox"/> Certificación/Recertificación <input type="checkbox"/> Revisión a los 6 meses <input type="checkbox"/> Cambio en el plan de servicios	
Nombre del administrador de casos	
Verificación de residencia	

**II. Plan de servicios**

¿Se dará una concesión?       Sí     No

	Inicial/Anual	A los 6 meses	Cambio de plan		Inicial/Anual	A los 6 meses	Cambio de plan
Subsidio	\$ _____	\$ _____	\$ _____	Cantidad del gasto de fondos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Capital	\$ _____	\$ _____	\$ _____	Cantidad del reembolso	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total	\$ _____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> No se necesitan fondos adicionales para los últimos 6 meses del período de certificación.			

**III. Artículos y servicios aprobados** (Vea la página 2 para documentar artículos o servicios adicionales.)

Artículo subsidiado/gasto de capital	Presupuesto	Fuente del presupuesto

Si es para el gasto de fondos:      Fecha de inicio del gasto de fondos: \_\_\_\_\_      Fecha de terminación del gasto de fondos: \_\_\_\_\_

No hay cambios en el plan de servicios. Los artículos aprobados de la Sección III continuarán para los últimos 6 meses del período de certificación.

**IV. Fechas de certificación/recertificación**

Marque una de las siguientes opciones:

El cliente está certificado/recertificado como elegible económica y funcionalmente a partir del: \_\_\_\_\_      Fecha límite para entregar recibos: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del gasto de fondos/del reembolso: \_\_\_\_\_      Fecha límite para entregar recibos/reembolsos: \_\_\_\_\_

